

植物状態患者に関するヘスティングセンターレポート特集

論文の紹介

付記Ⅱ植物状態患者に対する医療と管理に関するアメリカ神経病学会の見解

石 原 明

はじめに

アメリカでは、かの有名なカレン・クインラン事件の裁判に始まって、その後もいわゆる尊厳死を認める判例や立法が、多くの州において見られる。そして特に注目すべきは、脳死ではないが意識が回復しない植物状態患者に対して、人工栄養や水分の供給を停止することによって患者を死に至らせることが、幾つかの事例で裁判所によって認められてきていることである。それに相応じて、学界でもそれを正当視し、もしくは正当化することを試みる論文もかなり多く公表されて

いる。

だが学界でも、植物状態患者の生命の尊厳を肯定し、尊厳死、特に栄養・水分の供給停止によるそれを人道に反するものとして、否定的に解する見解もまた見られるのであり、この問題が複雑にして重要な生命倫理の課題を背負っていることを、我々はひしひしと感じ取ることができる。

こうした状況をふまえてここに、現代医学の生命倫理問題を中心にして、数多くの論説を掲載しているアメリカのヘスティングセンターレポート誌（一九八八年三月号—Vol. 18 No.1 p.26 以下）に特集として載せられた、植物状態患者の

問題を論じた五つの論文を要約的に紹介することにした。

我国では、植物状態患者に対する尊厳死の問題が持つ重要性は意識されつつも、いまだそれが公然と行われて裁判で論争されたりするには至っていない。しかし我国でも、いずれはこの問題が裁判などで争われる時が来ることも予測されることであり、従って我々は、常にこの問題を生命倫理の観点からふまえて考察しておかなければならないと思われる。ここに紹介するのはアメリカにおける論争のほんの一端にすぎないが、我国においてもこの問題を考える上で、参考になるのではないかと考え、紹介する次第である。

なお付記として、植物状態患者に対する医療と管理に関するアメリカ神経病学会の見解も、要約的に紹介しておいた。

(要約紹介)

植物状態患者における難しい問題

スーザン M ヴォルフ (法律家)

Introduction—Susan M. Wolf

カレン・クインランのケースは、植物状態患者に関するケースであった。しかしここ十年來我々はなお、植物状態患者とは何であるか、あるいは植物状態患者に対する処置についてはいかなる原則が支配すべきか、そしてとりわけ、植物状態患者は果して生きていると考えるべきかについて、我々は頭を悩ましているのである。

生命維持の措置は、患者に対する負担がその利益を越えるようになると、それを止めてもよいとすることについては、倫理的コンセンサスが得られているところである。しかし、植物状態患者のばあいには、必ずしもそのような患者中心の考え方で論じることができない面をもっている。なぜならば、このような患者は何も経験しないし、むしろこの場分の利益と負担は患者の家族にかかわってくるからである。植物状態は、生命維持措置の中止か自殺幫助か、積極的安楽死かの限界を考える試金石となる。植物状態患者からの生命維持措置の中止は、患者を積極的に死なせることに極めて近くなる。

けだし植物状態患者は何年も生きることができるのであつて、生命維持措置の中止による死の生起は、病気の経過によるものではないからである。そしてこの問題は、植物状態患者から人工栄養や水分の補給を断つことによって患者を死なせる場合に、最も議論すべき問題を提起する。

植物状態患者に関してはまた、経済的な問題も大きい。数千の植物状態患者は、病院のベッドを占領し多くの財貨を消費する。したがって永久に意識の戻らない患者に対する何年もにわたる財政予算をカットするという動きもでてくるが、それも一概に排斥することはできない。こうして、生命倫理からする分析と適切な自制が、差し迫った問題となってくるのである。

植物状態は、ある準則そのものの核心にふれる難問を提起する。その準則とは、どのような場合に人は死んでいるまたは生きているといえるのか、その処遇決定を支配する基準は何か、つまり、生命の辺縁にさまよう人達に対して我々は何をなすべきかの準則である。

この論文集は、植物状態に焦点をあてて、その概念および問題点を再考察しようとするものである。

植物状態Ⅱその医学的な実態（事実を直視する）

ロナルド E. クランフォード（ミネアポリス州メ
ディカルセンター神経科医）

The Persistent Vegetative State: The Medical Reality
(Getting the Facts Straight)—Ronald E. Cranford

医学的事実

植物状態の医学的事実を、他の症状とどのように異なるかをも含めて正確に理解することが、植物状態患者に対応する場合の倫理的、法的基準を立てた意味のある社会対策を立てるためには、基本的に重要である。

まず、脳死（全脳死）と植物状態とを区別することが最初に重要である。脳幹は、呼吸や瞳孔反射などの植物機能を司るとともに、上向網状活動組織と呼ばれる全脳に対する覚醒組織をも包含している。それに対して大脳半球は、意識や知覚ならびに動機づけのコントロールを司る。脳死が生じれば、これらの高等な機能は停止し、脳幹が死滅すれば、瞳孔反射や咳反射、自発呼吸などの原始反射は消失する。だが心臓の鼓動や体内のホメオスタシスなどの植物機能はそれらが脳幹に完全には依存していないために、なお持続することができ

それに対して植物状態患者の場合は、脳幹は損傷を受けていない。損傷を受けているのは、大脳半球である。これは心臓や呼吸の停止により数分間の脳への酸素不供給によって生じる。大脳は、高度の新陳代謝のため酸素の欠乏により最も損傷を受けやすいが、脳幹は、低酸素にも比較的によく耐えることができる。

阻血または低酸素の後、患者は昏睡に陥り、それは数日もしくは二週間から四週間続く。この昏睡は、阻血または低酸素と関係のある脳幹の一次的な機能喪失に起因する。その後患者は目を開けるが、意識は戻らない。これが植物状態である。

完全な植物状態にあっても、患者の脳幹は通常の機能を示す。患者の目は時々あき、そして覚醒と睡眠の期間を繰り返す。目は動くが、視覚をもって物を追跡するものではない。瞳孔は光に対して正常に反応する。このような患者には、レスピレーターは初めは必要であるが、数日ないし数週間のうちにはそれが必要でなくなる。防禦的に口をふさぐことや咳の反射も正常である。

植物状態患者は、完全に意識がなく、外界の認知や意識的行動反応や感情は欠落している。

昏睡患者と植物状態患者とは区別される。昏睡は網状活動組織の強度の損傷による無覚醒の状態である。この損傷は、呼吸機能に致命的な影響をあたえ、そのために植物状態患者のようにながい生命の延長をもたらさない。

植物状態は、痴呆症とも異なる。大脳皮質の神経学的損傷は意識の内容の変化をもたらし、精神の異常を来す。そしてアルツハイマー症候群のように、その病状は数年かかってもたらされるが、植物状態における大脳皮質の損傷は数分のうちにもたらされる。

また「不可逆的昏睡」という言葉は、しばしば混同して使われている。例えばそれは、全脳死の場合にも植物状態の場合にも、そして継続的な意識喪失患者の総ての場合にも用いられるが、それは正しくない。また「永続的昏睡」という言葉も正しくない。けだし真の昏睡であれば、生命そのものの維持期間が限定されるからである。

診断及び予後の複雑性

植物状態の診断は、熟達した脳神経科の医師により、通常は侵害を受けた後の数週間もしくは数カ月のうちに、高い信頼度をもって診断される。しかしそれが幾シーズンにもわた

つてくると、その診断の確実性は脳死の診断にくらべて劣ってくる。殆どの場合脳死の診断は、脳神経の専門家にとってそれほど困難ではない。現在脳死の判定基準が、医学、生物学及び行動科学研究における倫理問題調査のための大統領委員会により提出されているが、それに脳血流停止や脳波の平坦化などを加えれば、脳死は確実に診断される。

しかしながら植物状態の場合は、脳死判定基準のように詳細な医学的基準が広く行きわたっているわけではない。今受け入れられている基準でも、それは絶対確実なものとは言えない。脳神経科の専門家により、基準が正確に適用されたと思われる場合にも、なお意識の機能が回復された場合も幾つかある。植物状態の診断を確かなものにするための特別な実験研究がなされているわけではない。CTスキャンなどはたしかに大脳の構造的損傷を表出するが、それは定量的にそれを示すものではない。

最も信頼のおける診断方法は、陽電子放射断層撮影である。この診断方法は、脳の各部分のグルコース及び酸素の量的な新陳代謝の程度を測定することができる。この新陳代謝の一定量以下では、意識を維持することが出来ないのである。しかしこの診断方法は、著しく費用がかかり、ほんの少数の医

療センターがその器械を備えるだけである。しかもこの診断方法の価値についてのデータは、まだ十分ではない。また脳波テストも確実でない。植物状態患者の5%以下では、脳死患者と同じように脳波が平坦になる。即ち、目をあけ睡眠と覚醒を繰り返している植物状態患者でも脳波は完全にフラットになる場合もあるのである。

長期の生存

集中治療の進歩などによって、心臓や肺の死と脳の死との間のずれは益々大きくなり、また植物状態患者の数も増え続けている。そしてこの状態で五年、一〇年あるいは二〇年と生き続けることも珍しくはない。そしてこの生存期間の長短は、次の要因にかかっている。即ち年令が多いほど合併症を併発しやすく、また経済状態が良いほど良いケアを受けることができ、また咳の反射や感染に対する身体の抵抗力が強いほど長期生存するほか、生命維持措置とくに栄養や水分の供与の停止をめぐる倫理的社会的意識の変化が、それに影響する。

植物状態患者はたいいていの場合、通常の嚥下反応を持っているので、理屈としては看護者が手で食物を口に入れること

で栄養をとることができる。しかしそれでは大変な時間と労力がかかるので、植物状態患者はチューブによってそれを与えられている。そして栄養や水分の供与を断つと、通常は一日ないし三〇日の間に死の結果がもたらされる。その場合、次のような症状、即ち口が渴いて唾が固まり、唇がひび割れを起こし、舌が腫れてひびがはいり、目は眼窩に落ちくぼみ、頬はしぼみ、鼻の内面はひび割れて出血し、皮膚は鱗状となって垂れ下がり、胃の内面は渴いて吐き気を催し、体温調節ができずに過温症となり、脳細胞も枯渇する。しかしもし生命維持措置が中断されている間に、衛生学上の措置を含む適切な看護がなされれば、このような大変な徴候は現れないであろう。

この場合重要な関心事は、このような患者は苦痛を感じないかどうかである。この問題はいろいろと論議されてきたが、その答えを出すことはそれほど困難ではない。意識レベルにおける苦痛の感覚は大脳皮質において感じられるのであって、アメリカ神経病学会は、プロフィール事件において、明瞭に「植物状態患者は苦痛を感じすることはできない」との見解を表明した。それは「脳幹および大脳皮質が完全に機能するの でなければ、苦痛を感じする可能性はない。苦痛の感覚は意

識の産物である。プロフィールのような植物状態患者はそれを感知していない。有害な刺激は抹消の神経にも作用するが、しかし意識を備えた脳のみが、その神経刺激を経験に変えることができるのである。プロフィールの脳のその部分は、永久に失われている」というものであった。

植物状態患者は、たしかに顔やその他に苦悩の表情を現すことにあるが、それはまだ損傷されていない大脳半球の皮質下深部がもたらす原始的な反射である。言い換えれば、植物状態患者は苦痛や他の有害な刺激に「反応」しているかもしれないが、医師が治療をほどこし患者の家族が心を痛めるような意味における苦痛を「感知(経験)」していないのである。従って患者の家族はこのことに安心する必要がある。

このような患者の生命を維持するために、たとえばミネソタ州では、一日の費用が五〇ドルから七〇ドルかかり、一月で一五〇〇ドルから二〇〇〇ドル、そして一年で一八〇〇〇ドルから二五〇〇〇ドルもかかっている。マサチューセッツのプロフィール・ケースでは、一月に最大一〇〇〇〇ドルかかった。そしてアメリカでは、このような植物状態患者が五〇〇〇人から一〇〇〇〇人おり、その人達の一年間の国の予算は一億二千ドルから一二億ドルとなるのである。

明確性と一貫性と合意形成が必要

最近、法廷に持ち出されるケースの多くは、脳の障害を受けた患者の治療についてである。これらから我々は、医療の現実をより良く理解すること、医学用語の明確化をはかることの必要性を学ぶのである。

医師は事柄の混同を避けるように、また不正確な用語が用いられないように心がけるべきである。例えば植物状態患者については、“苦痛”だとか“楽にする措置”という言葉を用いることはナンセンスである。また“不可逆的昏睡”という言葉をこの場合には決して用いるべきではない。医師は、植物状態患者について人工栄養を中止しても痛ましい状態を齎すものではないことを、医学的事実として一般の人々に数えるべきである。

医学的、倫理のおよび法的問題が、今後も益々論議されるであろう。その場合、とりわけ神経学専門医は、この神経学的徴候の医学的事実を明らかにし、学際的論議の上に立ったコンセンサスの形成、ならびにこれらの患者の適切なケアと管理の幅広いガイドラインの設定について、一層のリーダーシップを発揮すべきである。

患者の家族、医師、そして一般の人々および裁判所は、正しい医学上の事実を知って初めて、適切な決定が出来るのである。そしてこの徴候の医学的事実が認識されたならば、その倫理的、法的結論もおのずから導かれるものと、私は信じている。

植物状態患者の提起する倫理的な問題

ベルーチ A ブロディ (ヒューストンのバイラー医科

大学における倫理・医療・公衆問題研究センター所長)

Ethical Questions Raised by the Persistent Vegetative Patient—Baruch A. Brody

二八才になるTさんは、交通事故のために植物状態となつて二年半になる。彼女はチューブで栄養や水分を供給され、褥瘡を防ぐために常に体位を変え体を拭いてももらっている。意識は戻らず、両親がいくら話しかけても何の反応もしない。両親は一人娘のTさんの状態に心を痛め、彼女が奇跡的に意識を回復することを信じて、殆ど彼女に付ききりの毎日を送っている。彼女の治療費はかさむばかりである。

このようなことはここ数年来、私が実際に観察しているケースの一例であるが、こうしたケースから、次のような重要

な倫理問題が提起される。即ち、

(1) 現代の法律が、脳の死をどのように規定しているかに関係なく、このような患者は死んでいると言えるのか？ そして以後の生命維持の措置を停止することができるであろうか？

(2) もし両親がそれに反対し続けたらどうか？

(3) もし両親が、娘を死なせることが許されるとする医療スタッフに同意したとすればどうか？ どのような措置を停止することができるのか？ 抗生物質の投与の停止か、食物や水分供与の停止なのか？

(3) もし両親が決心を変えなければ、両親の願望に反して生命維持措置を停止することが出来るか？ その措置を続ける他の医療機関を探すように、両親に要求することが出来るか？

多元論的疑論

これらの重要な倫理問題を考察するに当たっては、次のような思考のモデルを立てることが必要であろう。すなわちそれは、患者、家族、医療側、そして社会全体に及ぼす結末を考察すること、そして、殺されない権利、医療を受ける権利、患者やその代理人の医療を拒否する権利を考えること、及び、

人間の尊厳、誠実、あわれみ、正直、勇気といった諸徳性に訴えること、及び、正義と経済の両面から物事を考察すること、である。そうしてこれらの多方面からの考察が、互いに他を排斥するのではなく、最終的にはそれが受け入れられる道を探し求めることが、要求されるのである。こうした思考のモデルが、多元論的決疑論といわれるものである。

死の判定

まず、前述したTさんは死んでいるのかどうかについて、検討する。彼女は脳死の基準には当てはまらない。彼女の大脳皮質はもはや機能しないが、脳幹は機能しており、また自発呼吸もあり心臓も動いている。それなのに、もし大脳皮質につながる脳の高次の機能が失われたときに人は死ぬとするならば、Tさんは死んでいることになり、そうなればTさんの両親がそれに同意しようとしまいとに拘わらず、すべての生命維持の措置は停止することができる。

しかし私は、このように考えることに疑問をもつ。まず、まだ自分で呼吸もし心臓も動いているのに、その埋葬の準備をすることが出来るだろうか。そしてより道徳的に重要なことは、たとえ体が生きていようと、その人格性が失われた

ならば、その患者はもはや人ではないと考えることである。そしてもしそう考えるならば、たとえ両親が反対しても、その患者からすべての生命維持措置を停止することが道徳的に許容されることになるが、それには大きな疑問がある。これに対しては、医師により娘を殺されたと思う両親の恐ろしい経験の思いやるあわれみの感情が、このことへの反論となり得るであらうし、加えて、もし家族が死んだ患者の体に何かをする権利を持つとするならば、この両親はその娘の体の機能をなおも支えることを要求する権利もあるはずである。

こうして、患者が死ねば生命維持の措置を停止できるという論法に対しては、私は、このように患者を死と見なすことがこのケースによって提起される道徳問題の解決にとって必要であるとは思わない。そうではなくて、こうしたケースが提起する道徳的問題を解決するための他の方法を検討することが必要であると思うのである。

両親の同意の効果

さて次に、もし両親が自分の娘を死なせることに同意した場合の道徳問題について考察したい。両親がその娘のために、以後の生命維持措置の継続を拒否するならば、その拒否は尊

重されるべきである。その理由は次のことによる。即ち、(1) 両親には、娘のためにその措置の継続を拒否する権利がある。(2) この場合においては、その存在を継続する価値がありその生命の保持が要求されるところの“人間”はもはや存在しない。(3) 娘を死なせることへの同意は、彼ら自身の生活を取り戻すという意味で、家族にとっての永い利益をもたらすことになる。

この場合、食物や水分の補給を含むすべての生命維持措置の停止は、その患者を比較的短時日のうちに死なせるものであるから、道徳的にもむしろ好ましいとする見方がある(例えば、倫理と法律問題に関するアメリカ医師会審議会による一九八六年三月一五日の声明)と同時に、他方では、食物や水分の補給は生命の維持にとって象徴的なものであるから、その供給の停止には躊躇を感じ、たとえ死の過程を長引かせるにしても、そのほかの措置(感染症を防ぐ抗生物質の投与など)のさし控えの方がよいとする主張もある。

私はこの場合、食物や水分の供給停止は、道徳的に見て良くないことであると考える。まず、Tさんに早い死を与えるために、その血管に塩化カリウムを注入することについて考えると、たいいていの人はそれに反対するであらう。けだしそ

の薬物の注入は、彼女を「殺す」ことを意味し、それは何人にも受け容れられ難いからである。そこで、もし両親が彼女を死なせることに同意した場合には、いかなる措置の停止が可能となるかが問題になり、特に植物状態患者への食物や水分の供給の停止が問題になるのであるが、この重要な問題に関する現在の議論状況は、必ずしも適切でないようである。

ところで、患者をその「死に委ねること」と患者を「殺すこと」の違いはどこまであるのであろうか。それは、作為によるか不作為によるか、また行為の意図がどうであったかには関係がない。重要なのは、死をもたらす原因である。それが作為であれ不作為であれそれが死の原因となるのであれば、その患者は殺されたのである。それに対して、病気の進行がその死の原因となったのであれば、その患者は死に委ねられたのである。

もし自分で食物や水分をとれない赤ん坊に、親が食物や水分を与えなければ、子供を餓死させた罪に問われることになる。それと同じように、生きている植物状態患者に食物や水分を与えなければ、それを殺したことになると考えられないであろうか。私はこのように考えるが故に、食物や水分はその患者に与えなければならぬとの結論に達する。それに對

して、感染症を防ぐための抗生物質の投与のような医療措置を止めることは、両親の同意があれば差し支えないと考える。ただしそれは、彼女を死のプロセスに委ねるという意味の措置だからである。

次に、人は殺されない権利を放棄することができると私は考える。それで私は、法律がこの権利を認めないことをこれまでも疑問に思ってきた。それでも、もしTさんが意識のある間に、植物状態患者として生きるよりは死なせてもらうことを望むとはっきり表明していたならば、食物や水分の供与についての先の結論は、修正する必要がある。しかしこのケースの場合、Tさんはその意思を表明していなかった。それならば両親が、殺されない権利の放棄を行代できるだろうか。この問題は大変難しく、なお十分に考察される必要がある。しかしまだこれについての結論が出されていない現在においては、私は、この患者に対して食物や水分は供給されるべきであるとの主張を保持したいと思う。

すべての生命維持措置の継続を望む親の意思の効果

次に、もしTさんの両親がすべての生命維持の措置を施すことを望んだならば、医療側はどのようにすべきかについて

述べる。例えば、もし彼女の容体が悪化したならば、彼女を集中治療室にいれるべきであろうか。

この場合、それらの措置を続けるための理由としては、一つには両親の希望にそった結果が得られるということであり、もしTさんが感染症に罹っても抗生物質が与えられなくて死亡したならば、両親は娘の死を医師の治療回避の結果と思いつながら生き続けるであろう。いま一つには、同情心からであり、両親はすでに大きな苦悩を負っているのに、感染症の治療がなされないことで更にその悲しみが加わるので、同情の徳は人の悲しみを加重させることを望まないからである。第三には、その生命が保持されることについての患者の利益が端的に挙げられる。しかし私は、これらのいずれをも有効とは考えない。

患者は、医療措置を拒否する権利を持つ。この権利は重要であり、そして、もし患者が自らその権利を行使し得ないときは、一定の代行者がその患者のためにそれを行使することができる。そのために両親がその医療の継続を拒否したならば、その医療は停止されなければならないことになるであろう。しかしこのことは逆に、患者や両親にはその医療措置の継続を要求する権利があることを意味するものではない。け

だし、もしそうであるならば、それは医療側の権利を否定し医療側が患者側の言いなりにならないなければならないことになるからである。尤も両親は、彼らが望む医療を続けてくれる別の医療機関に娘を移し変える権利は持つであろう。

人の生命を保持し続けることは、至尊のものである。しかしそれが至尊であるのは、人間に特に備わっている、行動、意思や感情の表明、美や真実の評価などをなし得る能力の存在を前提とする。こうした考え方をするならば、これらの能力を欠いたこの患者の生命を可能な限り引き伸ばすことは、至尊のものとは言えなくなるであろう。

こうした結論は今一度、生命を引き伸ばすことがこの患者にとって利益となるかどうかの観点から、考え直してみる必要がある。その場合、延命が患者にとって良い精神状態を作り出すかといった観点からすれば、患者はそのような精神状態を感じることができないから、生命の延長は何ら患者の利益に合致しない。またTさんがもし植物状態になっても生命を維持し続けてほしいという希望を表明していたならば、延命はTさんの利益に合致することになるが、そのような希望を持っていたことの何らの証拠もない。要するに、延命措置の継続がこの患者にとって損失となるか利益となるかについて

ては、何らの合理的な理由がないのである。

この患者に抗生物質投与の治療を続けることの要否についての、妥当と思われる態度は、次のような考え方であろう。まずは医療側及び社会にもたらす利益ないしは正当性からのアプローチである。この患者を自然の死に委ねることは、医療側がそれに割り当てる多くの時間や、社会がそれにかかる大きな費用（特に介護のための）の消費を終わらせることになり、またそれを健康回復の可能な患者の医療に振り向けることができることになる。すべての患者がこうした医療資源の供与を受けることができると思えることは、正当性を持つ。次に職務の完全性からのアプローチである。医療を行うものは、病気の治療及び病気からの苦痛の緩和のためにその技術を用いるのであって、それが彼らの職業上の本来のより所である。しかしTさんへの医療の継続は、何らこの目的の実現にはならない。従ってそれを行うことは、医師としての職務の完全性に反すると言われても仕方がないであろう。今一つは、患者の家族にもたらす結果からのアプローチである。このケースにおいては、両親はただ娘の奇跡の回復を信じて、自らの生活を犠牲にして娘に付き添っているが、もうその奇跡は起こり得ない。もし患者が今死ねば、家族はその生活を

取り戻し、他の目的を達成することにもなろうし、いずれにしても医療の停止は長い目で見れば家族にとって良かったこととなるのである。こうしたことを総合すれば、やはりこの場合医療チームとしては、この患者の感染症を防ぐ治療を継続すべきではないと考える。

まとめ

以上の考察から、私は次のような結論に達する。この患者は生きているが、人として存在しているのではない。もし両親が承諾するならば、たとえ彼女の死がもたらされることが分かっているとしても、彼女の感染症の治療をしないことは許容される。しかし食物や水分の供与を停止することは、認めることができないと考える。他方、もし両親が治療停止を承諾しないとしても、医療者は感染症の治療を義務づけられることはない。

そして我々は、もし患者やその代理人が医療措置の継続を主張しても、医療者が不適切と判断する医療を打ち切る場合に、それはいかなる条件のもとでいかなる手続きによって行うことができるかの基準設定を提案する必要があると考えている。

クインランからジョーブスまでII 植物状態患者とその裁判

パウル・W・アームストロング（ニュージャージー州裁判所におけるカレン・アン・クインランおよびナンシー・エレン・ジョーブスの家族の代理人）

B・D・コーレン（雑誌ニューズデイの科学編集者）

From Quinlan to Jobes: The Courts and the PVS Patient—Paul W. Armstrong and B. D. Colen

一九七五年一〇月のある朝、ニュージャージー州最高裁判所の法廷で、娘に取り付けられた生命維持装置の取り外しを憲法上の権利として主張するため、その父親の弁護士がその準備をしていた。

カレン・アン・クインランのケースは世界的にあまりにも有名であるから詳しくは述べないが、ただその両親は、娘を死なせることを欲したのではなくて、生命維持のためのおびただしい器械から娘を解放してやりたいと願ったのだということとは、ここで述べておきたい。

それから一年たって、同じ法廷にナンシー・エレン・ジョーブスの事例が持ち込まれた。やはり彼女もカレン・クイ

ンランのように植物状態に陥ったのであり、ここではレスピレーターではなくてチューブ栄養の取り外しが問題となったのであるが、事は同じである。医療側は、エレンからこうした生命維持の措置を停止することを拒否した。

ニュージャージー州最高裁判所は、カレンの場合と同じく、家族を通じて植物状態患者から生命維持の措置を外り外すことを認めた。しかし何故、ジョーブスやプロフィールやそのほか同じ状態に置かれた家族が、一〇年以上も前にクインランの家族によって提起された同じ苦しみを味あわなければならなかったのであろうか。何故医師達は裁判所や立法者や一般大衆によって認められた、彼らのプロフェッションとしての自由と責任を行使しようとしないのであろうか。

医師達は、もし患者が脳死になる前にレスピレーターのスイッチを切ったならば殺人罪に問われると言うが、それはアメリカの裁判所で一度だけあったけれども、それも裁判になる前に起訴は取り下げられたので、それほど気にしなくてもよいことである。また同じく医師達は、医療措置の停止による患者の死亡について、その遺族から膨大な損害賠償訴訟を起こされることを心配するが、実際はそのような訴訟が提起されたことはない。むしろ、患者のためにその措置の停止を

求めた代理人の意思を尊重しなかった医師が逆に訴えられているケースが、現在幾つか審理されているのである。

また、裁判所はこれまでこの問題の裁判において、ベッドサイドにある医師や家族のためのガイドラインを設定するよう、繰り返し立法者に求めてきたが、それが十分にはなされていない。なるほど三十九州がそれなりの法律をもっているが、それらはどれも育児室から療養所に至るまでの意思決定のための妥当な体制を用意していない。なるほどニュージャージーやマサチューセッツその他の州の最高裁判所の考え深い見解や、大統領委員会の精力的な作業、ペビー・ドウ判決による結論づけ、アメリカ医師会の倫理と法律問題に関する委員会の見解などがあるが、それでもこの難しい問題にとりくむ医師や家族はなお、迷いの道をさまようことを余儀なくされているのである。ただ最近において、ヘスティングセンターの主催による討論が行われて「死に行くものの医療と生命維持措置の停止に関するガイドライン」が提出されたが、ここでは家族、医療機関、および社会にとって、生命維持医療技術がもたらすジレンマについての倫理的に妥当な選択を可能にすることが示された。

純粹に医学的にみれば、プロフィールやジョーブズのような

植物状態患者の取り扱いには、別に難問はない筈である。植物状態患者は見ることも感じることも愛することも考えることもできず、他の人と通じ合う能力を欠いており、それは人工的に維持された精神のない器官組織に過ぎないからである。しかしこのことが皮肉にも、植物状態患者の医療措置の決定を大変困難にしているのである。そこには、植物状態患者の病院や療養所の入口に横たわる滑り易い坂道があるからである。植物状態患者を人ではないと言うのは易しいし、またそれに貴重な医療資源を投入することは無駄だと言うことは容易であらう。しかしながら、植物状態患者が置かれている哀れで抹殺され易い立場を思うとき、たとえ生命維持の措置から患者も家族も何の利益も受けないことが分かっている、医療者側がそれを中断することにためらいを感じるのである。そうして人々は、植物状態患者もまた自分達の愛の奉仕に

「応答」し、自分達にはほほ笑みかけているのだと思ひ込んで、日夜の苦しい看護を合理化しようとするのである。

植物状態患者はレスピレーターの助けを借りずに何年も生き続ける。そこで、これらの患者に人工的に栄養と水分を与え続けることが患者にとって利益となるかどうかが問われなければならない。だが、看護者が生物主義者でなければ、そ

の答えは明白である。患者にそのような人工的支持物を与え続けることは、医療者やその家族にとっては心理的な利益をもたらすであらうが、それを用いられる患者にとっては何の利益ももたらさない。しかしながら、食物や水分の供給を断つということは、医療関係者にとって心理的に大変むずかしいことである。けだし、それはハムサンドやミルクセーキを与えるのと同じで、一度それを与えれば、そのような基本的な生命の糧を断つことは、医師のみならず一般の人にとっても耐え難いことであるからである。

しかし「生きる権利」の運動は、医師の間でさえも、栄養および水分供与の停止は、患者を恐ろしい、苦痛に満ちた終末へと追いやるという、誤った観念を生ぜしめるのに役立った。しかし、植物状態患者は苦痛を知覚する能力を持たない。従って患者は、飢えも乾きも感じることはない。その証拠に、プロフィールおよびジョーズは、判決宣告のあと栄養及び水分の供与を断たれたが、その死は静かであった。そしてそれぞれの家族も、医療スタッフの援助を受けて二週間足らずの徹夜の付き添いの後、その死をみてとることができたが、そこにはなんらの苦悩の徴候もなかったのである。

もっとも、植物状態患者への栄養・水分の供与停止が何ら

の苦痛をもたらさないという家族の証言を得られたとしても、その患者の医療を早く断念するということであってはならない。我々がそれによって滑り易い坂道を滑り落ちることを避けようとするならば、このような医療措置の決定は、重篤な植物状態患者に対する場合に限らなければならない。またその基本原則となるものは、医療措置の利益と負担の考量である。しかもその利益と負担の考量は、患者もしくは患者の代理人によってなされなければならない、それは医師や医療施設によってなされるべきではない。また医師は、法廷がその措置の決定をするのではなくて、患者や家族や医師達がいる病院の廊下や患者の部屋で、それがなされるようにすべきである。事実、裁判所はクインラン、プロフィール及びジョーズ事件において、その措置を決定するために裁判所は存在するのではないと、その判決で言明している。そして法廷や医師ではなくて、患者もしくはその代理人が最終の決定権者であることを、これらの判決ははっきりと述べている。加えてジョーズ事件では、判決は、代理人は患者が望んだであろうことを証明する必要はなく、代行判断の法理により、自ら良しと信じる場所に従って行動すればよいということを、我々に語っている。

医師や病院の管理者は、繰り返して事件を法廷に持ち込んでガイドラインの設定と民事ならびに刑事責任の免除を求めた。そして裁判所は、繰り返してその判断と法的保護のマントを与えた。もし医師達が難しい倫理的選択に直面するごとにそれを裁判所に持ち込み続けるならば、我々は、軍医総監エバリット・コープがクインラン判決の直後に述べた次のような警告を思い起こすべきであろう。即ち「私は、医療の現場に居ない法律家が、そこで生じる問題は何か、またそれがどのように扱われるべきかを理解できないのに判決を下すという状況は、患者にとっても医療実務にとっても悲劇的な事態だと思う。問題は複雑であるから、以前の判決における裁判官の訓練や経験や感情が、それと類似の事件においても必ずしも同様に通用するものではない。」

死んではいない、死につつあるのか？

倫理の範疇と植物状態

ダニエル・ウィー・クラーク（ウイスコンシン医科大学、医療倫理の教授）

Not Dead, Not Dying? Ethical Categories and Persistent Vegetative State—Daniel Wikler

我々は、植物状態患者をどのように見るべきか？ 彼らは

定期的に目覚め、自分で呼吸をし消化をしている。これは生きていく徴候である。しかし彼には、意識はもはや戻らない。これは主體的には死である。もっとも神経学的には別として、患者は健康であり、何年も最小限の治療により生き続ける。しかし我々は、治療を選択する上においては、この患者を臨死者 (the dying) として分類する。しかしその場合、医療措置を差し控えて彼を尊厳死させることが許されるかという難問に出会う。

植物状態患者の生命を保持し続けるべきかに関しては、社会のコンセンサスはこれを否定的に解する方向にあり、私もそれを支持するが、しかしこれまでの二〇年間における幾つかの事例で用いられてきた、その理由付けには疑問がある。

植物状態は、生の領域の最も低い機能状態とも考えられるし、またそれは、死の領域における最も高い機能状態であるとも言える。従ってその対応の倫理を、この二つの視点から論議することも可能であろう。そしてこの二つの視点は、植物状態患者のみならずそれ以外の衰弱した状態にある人々の取り扱いにも影響を与えるものと思われる。

死への決断をうながす背景の変化

植物状態患者の取り扱いに関する倫理問題は、常に死ぬことの意味合いについての論議との関連において論じられてきた。しかしこの問題は詳細においてはその性格を異にし、一つのところで持ち出される概念が他のところでも応用できるというものではない。

幾つかの有名な事例において、医療措置の中断や患者の死ぬ権利についての考え方に変化がみられるが、それぞれにおいてその傾向としては、医学的な事情や役割りにあまり目が向けられていないようである。このことが、植物状態や昏睡や痴呆の患者からの医療の中止における倫理的理由付けを不確実なものにしている重要な原因であるように思われる。

まず、《医療の中止の条件》について。脳死状態での医療の中止を正当視することの必要性が死の再定義をうながし、これがこれらの患者からの医療中止を認めることへの一つのステップとなった。死の新しい定義が多く州で立法化されて以来、それほど緊迫した状態にない患者に対する医療の中止も法的に認められるようになってきた。クインラン・ケースは、植物状態とはいかなるものであるかの問題を提起し、それはかならずしも「末期状態」ではないことがわかったが、それに続くいくつかのケース、例えば痴呆の最終段階

ではないコンロイ・ケースなどが一般に知れ渡るようになってきた。

そして今では、安定し若しくは意識のある患者も、医療中止を受ける候補者になるという段階にまできている。患者自身が表明した希望を尊重すべしとする最近の思潮は、純粹に主観的な基準による医療中止を認めるかどうかの問題を提起している。かくして、医療措置を巡る医学的判断は第二の役割を果すに過ぎなくなり、討議の焦点は、生か死のどちらを患者が望むかの側面に移っていると言えるのである。

次に、《死の方法》について。脳死患者のように医療器械によって支えられている患者は、レスピレーターのような生命維持装置の取り外しによって生命を終わらせることが許容されるのであろう。生命維持装置に依存していない患者の場合には、例えば心拍停止を来したときのように、他の原因から必要となる医療を施さないことによって、死に至らしめることができるであろう。そして、いわゆる通常の医療をしないということとで合理化されるこうした医療の差し控えは、患者の管理の普通的方式となってきたのである。

しかしこの方法は、カレン・クインランのように何年も安定した状態にある患者にとっては、当てはまらない。このよ

うな患者は、医師や看護婦によりチューブから栄養が与えられている。そこで、こうした「医療」を差し控えることが、患者の生命を終わらせる方法の展開における次のステップとなる。もしコンロイ夫人のように、生き続けることが彼女にとっても他の人にとっても望ましくないという視点から、栄養補給の停止により死を招くことが今では認容されるのであれば、同じ見地から、衰弱しているがまだ栄養補給ができる患者からそれを停止することについても、それを支持することが出来るのではなからうか。

この線が超えられたとき、死の招来のために用いられる手段は、その性格において医療であることを止める。レスピレーターは、極めて重篤な患者からのみそれを取り外すことができる。しかし病気は飢えを必須のものとはしていない。この方法による死の招来は、医学的でない理由からの医学的でない方法であるということができよう。そしてそれは、積極的安楽死の道とそう遠くは隔たらなくなる。もっともそれは、安定しているが衰弱の道をたどる患者の多くが望むであろう一つの方法ではあろうが。

次に、《死ぬ権利の非医療性》について。ここでは、患者により若しくは患者の為に求められる死ぬ権利の性格が問題

になる。まず最初には、回復の見込みのない患者に対する過剰な医療の問題が、安楽死の議論における中心課題となった。医の倫理は、患者を救命するためのすべてのことを医師が行うことを要求し、またそれが医のプロフェッションを完成させるものと考えられたからである。また医療による医療者の経済的利益への誘因もあった。

従って、このことは患者にとってよりも医師にとって大きな意味があった。そこで医療における患者の権利運動の目標は、患者自身の利益の取り戻しに向けられ、従って「死ぬ権利」もこうしたことから、過剰医療に対する医師や医療関係者に対抗するものとして生じてきたのである。しかしながら時の経過とともに、患者の権利は裁判所の判決や病院のルールによっても支えられるようになり、「死ぬ権利」の性格も医師に対する反発から、社会一般に対する個人の特権という方に変わってきた。すなわち、個人は生活の手法を選択するとともに、死の状況や手段も選ぶようになる。こうした非医学的な脈絡のもとで、医師もまた患者の味方として、患者が最後の日を安らかに迎えるように手を差し延べ、終末を迎える手段を患者にアドバイスすることすら行うのである。そして医師と患者は共に、有り得べき社会的非難に対し、個

人の自己決定のために取り組むことになる。このようにして死への決定は、特に「医学的」な意味でなくとも、むしろ医学の関心を乗り越えて、患者によりまた患者の為になされるようになってきたのである。

死ぬことへの理由づけ論議の結果

死への自己決定の倫理的及び法的承認の展開は、次の二つの命題に基礎を置いている。第一は、死への決定は患者の意向を反映していなければならない、ということである。そして第二は、患者が死ぬことを「容認」する決定は、無辜の生命を奪ってはならないという道徳律を犯さないということである。

《患者の自律》。ところで、植物状態患者の場合には、それは医療措置を決定する権利が問題になるのではなくて、人が生命の終末を迎える権利が問題となるので、そこから医学の衣を取り去れば、それは自殺の範疇に入ることにになり、従って植物状態患者に対する医療の中止は、多かれ少なかれ自殺を助けることになる。

ところで、我々の道徳感情はその類似性を受け入れない。また患者が極めて重篤であるならば、治療の拒否と自殺とを

明確に区別することが、容易に支持されよう。しかしながら、植物状態の場合は、この区別はこじつけとなる。

《死なせること》。医療は、健康の回復と死の阻止にさざげられる。従って医師にとって、殺すことはタブーである。

そして医師には、患者を救助するという積極的な義務と、患者を死なせないという消極的な義務があると言えよう。ところで最近の死に関する議論では、医療側の積極的な義務は、患者に利益をもたらすというところに限界を見出すと論じられるようになった。もっともその場合に、何が患者にとって最善の利益かを確認することにおいての不確実性が生じる。

また後者の死なせないという義務については、より問題が大き。ここでは患者の自己決定権は十分に機能を発揮し得ないことになる。ただし、医師は患者の死への要求に応じる必要がないからである。そしてもし殺すことがタブーであることを保持し続けようとするならば、それを免れるためには、生命維持措置の中止は「殺す」ことではないという原則をたてることができるかどうかにかかってくるのである。

死が不可避である患者について「死ぬ権利」を云々するときには、「死なせる」ことにはあまり問題が生じない。ただし、医師が死の到来をとめようとするかしないかに拘わら

ず、間もなくその死は到来するのであり、病状の悪化が死の原因であることは疑いがないからである。しかし植物状態患者の場合は、患者は全く安定した状態にある。従ってここでは、患者の病状が死の原因になるのではなくて、生命維持措置（栄養・水分の供給）の中止が患者の死を引き起こすことになる。

それならそれは、殺してはならないという禁止に違反することになるのか。次の二つの事情が、そうではないと言うことを可能にするかもしれない。一つは、栄養の中止は積極的な行為ではなくて消極的な不作為であるということ、そして今一つは、チューブによる栄養・水分の供給はかなり侵襲的で「医学的」であって、患者がそれを拒否する権利を持つたぐいのものである、ということである。これらの要因は植物状態患者からの生命維持措置の中止を、なるほど正当化する理由にはなるであろう。しかしながらそれは、あまり適切な理由づけとは言いがたい。ただし、一つには、不作為による殺人も違法であるし、二つには、それは食物供給の仕方というあまり重要でない細部の面からの理由づけだからである。例えば、もし口中を手術して中心静脈栄養によって生命を保っている意識のある患者が、「死にたい」と言ったとしよう。

そのときに我々の倫理的考察によれば、彼がどのような方法で栄養を与えられているかは、何ら重要ではないのである。人工栄養が医学的性格を持つものであることを強調しすぎることは誤りである。なるほどチューブの装着が、医学の介入を要する身体的侵襲を伴うからそれを拒否する権利があるというように考えられないこともない。しかしそれは、植物状態患者の問題の解決には役立たない。ただし意識のない植物状態患者は、栄養チューブの不快感を感じることはなく、侵襲に悩まされることはないし、また植物状態患者には燕下反射が残っているので、この患者にスプーンで栄養を与えることもできる（この特集のクランフォードの論文を参照せよ）からである。それ故、植物状態患者の生命を終わらせることを、先に述べたような理由によって正当化することは困難であろう。したがって植物状態患者の取り扱いに含まれる倫理問題の解決には、より幅の広い社会的・道徳的な再評価を持ち込まなければならないことになるであろう。

死の定義と植物状態

しかし、植物状態患者に関する措置におけるジレンマを解決することができる一つの道がある。それは死の定義を、永

久に意識を喪失した者をも含むように変えることができないか、ということである。そうすれば、植物状態患者に対して医療機関が医療を提供することは要求されなくなるであろう。したがって、栄養・水分の供給を含むすべての生命維持の措置は中止することができ、またそれには患者の意思を考慮することも要求されないことになる。こうして死の定義が植物状態をも含むように拡大されれば、植物状態に関する論争をその舞台から降ろすことができるであろう。しかしながら、それは一つの政策的な利点を目指したものであるから、法的な死の定義は、そのような政策的考慮を当てにするべきではない。ただし、法は患者の法的地位について決定権をもつが、生と死は法的概念を越えたものであるからである。したがって、我々が生きていると思う患者を法的に死んだものとするような法律は、原理を越えた便宜主義であると言われても仕方がないであろう。

それなら、死を定義するにはどのような理由が十分なのであるうか。思うに、死の定義は基本的に法や道德の目的から独立して建てられるべきである。確かに、植物状態患者を死んだものとして扱うことは、治療中止を正当化するのに役立つ。したがって、植物状態を含むような死の定義の拡大は、

多くの人々にとってゲリマンダリングのように感じられるであろう。それ故、植物状態を死とすることの論拠は、その現実の有用性論から十分に独立して設定されなければならないのである。

しかしながら、これは死に関する重要な思考転換、特にこれまでの生物学的観点から精神的観点への転換を必要とする。ところで、伝統的な心臓と呼吸器による定義づけも、新たな全脳死の定義も、共に死とは生物学的なプロセスの停止と見られている。しかしこれら二つの定義には、以前の呼吸・循環を基礎とする定義から、新たな神経学的な規制へと目を転じるといふ変化が見られる。そうして拡大された脳死の定義は、意識と感情を発現するこれらの脳のプロセスに注目し、これらの脳の機能が永久に停止すれば、その個体は死んだと考えることになるのである。

ただしこの定義（しばしば“メンタルな”とか“大脳皮質の”とか言われる）は、高次脳機能が停止したときその患者の身体が死んだということ意味するものではない。この観点からすれば、植物状態患者の体はまだ生きているのである。即ち、患者の体は残るが、患者は残らないということである。しかし我々は体を持っているので、どうして体が生き残って

いるのに、それを死んだといえるかという、パラドックスがそこに生じるであろう。しかしこのような考え方も、全く成り立たないものでもないであろう。研究室で培養されているガン細胞も、ガンで死亡した患者の生きた残存物である。同様にまだ機能を持つ植物状態患者の身体は、彼の残存物である。更には伝統的な死の定義でも、患者の死去とその体との間には区別が生じる。患者は死によってその存在を止めるが、しかしその体は残る。新しい死の定義では、患者の体が残るだけではなくて、なお生きているということが加わるだけである。

率直に言って、まだ生きている植物状態における存在を患者ではないと認めることには、抵抗があるであろう。しかし我々はすでにそのハードルを越えている。多くの州の法律で認めている「全脳死」の患者もまた、呼吸、循環、消化をし、その他の生命機能を保有している。確かに「大脳死」の患者は、よりよく生命機能を保持し、レスピレーターや間断のない監視を必要としない。しかしその事態は、前者とそう大きく異ならない。我々が既に採用している死の再定義のもとにおいて、後者を死と認めるためにはそれほど大きな再教育を必要としないであろう。見方によれば、植物状態を含む拡大

された死の定義は、本来の脳死の公式化よりも分かり易いとも言える。ただし、全脳死を認めることの大部分は、それが意識の永久喪失と生きる価値のある生命を作り出す能力の喪失を意味することによって説明されるものだからである。

しかしながら、植物状態患者が本当に死んでいるかどうかについては、ここでは十分に論じる余裕のない、複雑な哲学的問題を含んでいる。しかしここで、常識に訴えた一つの思考実験を試みることは可能である。即ち、人が首を切断されたとしよう。そして医師は、その頭も体も両方とも手当をしてその機能を保持することができると、それをつなぎ合わせることはできないとしよう。その場合、どちらが患者であろうか。頭と体は別々に分離されているので、その両方が患者であるということはできない。私は殆どの人は頭が患者であると思う。やはり頭が患者であり、その生死は全体としての患者の生死となる。そして首のない体は痛ましいが、それはその人の同一性の問題とはならない。そして頭が生き続けることができなくても、体は生き続けることもできるのである。

少し大まかな言い方ではあるが、植物状態患者においてもこれと同様のことが起こっている。頭と体はつながってはい

るが、その機能は別々である。意識と感情を支配する脳の部分は不可逆的に機能を喪失している。そして機能を持ち続けている身体は、言つて見れば、そこから取り出されて他人の体のなかに移植された腎臓よりもその意味はないと言えるであろう。このようにして拡大された死の定義は、それが植物状態患者の臨牀的及び法的問題の解決に望ましいからではなくて、身体的機能を持つ患者を死んでいると見るための概念的な合理性を与えるものとして、妥当性を持つものと考ええる。

もっとも、植物状態を包含する死の定義には、反対もある。しかしそれは、国民が最近の全脳死へと拡大された死の定義を、まだ十分に消化するには至っていないからである。拡大された死の定義についての国民的な啓発もまだないし、専門家集団もまた、その合理性が承認されつつあることの証拠を示していない。また、医学が確実な診断をすることができるといふ角度からの反対もある。従つて、決して誤ることのない植物状態の診断方法が確立されるべきである。こうした点からして、この問題にまつわる道徳的なジレンマを解消するためには、なお将来の医学技術の発達を待たなければならぬであろう。

しかしながら、植物状態を含んだ死の再定義の問題は、結

局のところそれを受け入れる国民の意思にかかっている。国民が死の定義に関する最近の変化を正確に理解しなければ、新しい定義が広く受け入れられることはむづかしいであろう。呼吸や循環をしている全脳死患者の家族は、患者はもう死んでいると言ふ医師の確言を受け入れることが出来るであろう。しかし植物状態患者については、それがむづかしい。その主な理由は、この患者は生命維持装置に依存していないということである。その上なお問題なのは、死んだと宣告された植物状態患者の体は、なおも生きて残り、呼吸をし続けていることである。しかし、呼吸をしている身体を埋葬するなどということは考えられにくいので、我々は、それを処分するために、何か別のことをしなければならぬ。

さて、新しい死の定義のもとに、多くの医師は、脳死患者に死を宣告して、その結果生命維持装置を取り外して患者を“死なせる”ことが許された。そしてもし植物状態患者が死んでいるとすれば、その患者について行なわれるものは、その死を引き起こす原因となるものではない。そして、脳死患者がその生きた臓器を取り去られることを国民が受容するならば、同様に国民は、栄養補給の停止などにより植物状態患者の心臓が止まるような措置を行うことを受け入れるに至る

であろう。この二つの場合における死の再定義の論理は、人の生命を断つことのタブーがここでは当てはまるものではないことを、保証するであろう。こうして死の定義の新たな展開は、殺すとか死なせるとかのジレンマを解消させて、植物状態患者の体になお残された生命を終わらせることに躊躇を感じる臨床実務の難問を、克服することができるのである。

死なせることと死の宣告

さて我々は、植物状態患者について、殺すなかれという道徳規範を侵すか、それとも生命の無意味な延長をはかるかのジレンマに対して、いかに応答すべきであろうか。臨床実務では、裁判官の支持を受けて、次第に死へと導く方向におもむいている。しかしその論理的基礎は、今なお構築中である。ここで検討した、“死なせること”への調停や植物状態を含んだ死の再定義も、それなりの評価は受けるであろう。

死の定義の拡大は、死の意味を曖昧にし、乱用を導くおそれがあるかもしれない。だが、植物状態は曖昧な概念ではない。この死の再定義は、永久的な意識喪失を死とするのであって、単に不幸な錯乱状態をとらえようとするものではない。精神の無能力は、かつてはオイタナジの犠牲になったが、

今では死の定義の問題によって脅威を受けることはあり得ないであろう。

また、この見解には一定の限界もある。たとえば死の再定義が植物状態患者にかかわる問題を解決することができても、それは完全に衰退していない患者が提起する問題の解決にはならない。従ってこれは、クインラン・ケースとコンロイ・ケースとを区別して、後者についてはこの見解は用いることができないのである。しかしそれでよいのである。蓋し、植物状態は単なる痴呆の進行段階ではない。それは人間としての存在価値のすべてを失った状態なのである。それは、それを死と見ることを正当とする状態なのである。従って衰退がそこまで達していない人に対しては、同じことを言うことができない。我々はこれらの状態に付着する価値の相違を見極めなければならない。

植物状態患者をどのように取り扱うかの問題は、ここに述べたように、死の定義によって解決されるものと考ええる。しかしながらそれはなお、より広く一般に論議されなければならない大きな問題を残すテーマの一つでもあると言うべきであろう。

【付記】

持続性植物状態患者に対する医療と管理に関する
アメリカ神経病学会の見解

[Neurology 1988; 39, January より]

一九八八年四月二一日、オハイオ州シンシナチにおいて、アメリカ神経病学会理事會により採択—

Position of the American Academy of Neurology on
certain aspects of the care and management of the
persistent vegetative state patient

I、持続性植物状態とは、患者が不眠の期間と生理学的睡眠及び覚醒を繰り返すが、決して自己及び外界を知覚することなくして、目を開けたままで永続的無意識状態にあることをいう。神経学的にはこの状態は、脳幹は機能しているが大脳皮質の全体が機能を喪失していることによりもたらされる。

(A) いかなる自発的行動をも示さない。出現する原始的な諸反射及び植物的機能は、脳幹の統制によるものか、もしくは脳の統制を必要としない原始的なものである。

持続性植物状態患者は、脳幹機能が損なわれていないために、自発呼吸は為しうるが、通常の方法によるそしゃく及び燕下能力はない。けだしこれらの能力は、完全な大脳半球

の支配を要する自発的なものだからである。

(B) 持続性植物状態の診断のために基本的に必要なことは、試験的研究に裏付けられた、注意深い長期にわたる臨床的觀察である。持続性植物状態患者は、長い期間にわたっても行動反応を示さない。永続的意識喪失の診断は、一ないし三か月の期間経過後に、低酸素及び阻血による中枢神経系障害の場合において、高度の医学的確証に基づいてなされることができぬ。

(C) 持続性植物状態患者は、人工栄養と水分が与えられる限り、長期間生き続ける。これらの患者は、「末期状態」にあるのではない。

(D) 持続性植物状態患者は、苦痛を感知することはない。苦痛は大脳皮質の機能による意識により感知されるものであり、永続的な無意識状態にある患者は、これを経験することができない。

持続性植物状態患者が苦痛を経験しないという結論については、神経学上の幾つかの確固とした論拠がある。一つは、臨床経験によれば、持続性植物状態患者は苦痛を感知するいかなる動作をも示さない。二つは、持続性植物状態患者の研究によれば、その死後の解剖により、意識性及び苦痛の感知

と両立し得ない著しい大脳半球両側の損傷が見られる。第三は、陽電子放射断層撮影術 (positron emission tomography) による最近のデーターによれば、持続性植物状態患者は大脳皮質のグルコースの新陳代謝の割合が、その意識性を保持する程度と両立しないまでに大きく減じているということである。

Ⅱ、人工栄養及び水分の投与は、医療の一つの形態であって、他の医療措置の差し控えや中断を論じる場合の原則と同じ原則によって中断され得る。

(A) 水分及び栄養の人工的投与の中断は、当事者及び社会にとって感情的な意味を持つことは、当学会も認める。しかしながら、その中断の決定は、他の医療措置と同様の原則で行われるべきであり、それは、患者の診断と予後、その措置のもたらす利益と負担、患者及び家族が表明した選択などの注意深い評定に基づいてなされるべきである。

(B) 栄養及び水分の人工投与と、レスピレーターの使用のような、その他の生命維持治療の形態とは、類似性を持つ。これらはいずれも、患者が意識不明の場合、その病いの結果として生じた患者の身体機能を支えるのに同じように役立っているからである。

(C) Gチューブのような医療手段による水分・栄養の投与は、看護手段とうよりは、むしろ医療手段である。それは次の理由による。

まず第一に、水分・栄養投与の方法の選択は、この措置の利益・不利益に関する注意深い医学的判断を必要とする。第二に、Gチューブの使用は、腹壁に小孔をあけることによってのみ可能であるが、これは明らかに外科的措置である。第三に、ひとたびGチューブが、装着されると、医師や医療職員によって、合併症が生じないように、注意深く監視されなければならない。第四に、Gチューブによる栄養の投与に対する患者の許容度が監視されて、医師の判断をおおぐ必要がある。

チューブのなかに栄養物を注入することそれ自体は比較的簡単なことであり、それを投与する場合に、複雑な医療機器を必要としないけれども、だからといってそれが、医療措置よりむしろ看護措置であるということを意味しない。それは、化学療法やインシュリンの投与など多くの医療措置は、処方された薬の患者による自己管理が可能であるが、それでもこれらの措置は明らかに医療措置であり、注意深い医療上の管理が必要であるのと同様である。

(D) 望みなき病にある、もしくは死に行く患者の治療にあたって、医師はそれぞれのケースにおける特殊事情に適合するように、その医療の水準を絶えず推し量らなければならない。

① 患者の自己決定権を尊重することは、医療措置の決定に当たっての医学的、倫理的、法的原則の中心をなすものである。

② 患者の自己決定権の尊重とともに、医師はまた、患者の苦痛を取り除きもしくはその病理学上のプロセスを好転させることにより、患者の福利の保持増進にも務めなければならない。そして、医療措置が患者の福利の保持増進をすることができなくなったときには、もはや医療措置を施す倫理上の義務はなくなるのである。

③ 患者及びその家族に利益をもたらさない医療措置は、それを中止することができる。いくら何でも回復の希望を与える医療措置と、単に死の過程を長引かせもしくは阻止するに過ぎない医療措置とは、区別されなければならない。医学の高度の確実性をもって持続性植物状態の診断が下された場合には、栄養・水分の人工投与を含む医療措置は、その患者に対して何等の利益ももたらさない。

Ⅲ、患者が確実に持続性植物状態であることが診断され、

その患者がその場合には医療措置を望まないことが明らかであり、家族もまた患者の意思に同意しているならば、栄養・水分の人工投与を含む総ての医療措置は差し控えられることができる。

(A) 当学会は、この原則が一般の倫理及び法の原則と一致するものと考え、またこれは、「延命医療措置の差し控えもしくは中断」と題して、アメリカ医師会の倫理並びに法律問題委員会によってなされた一九八六年三月一五日の決定とも一致するものと考ええる。

(B) この立場は、持続性植物状態患者は医療措置によって無限定に生命を維持される必要がないという原則を支持する、医学界の立場とも一致するものである。

医療従事者の道徳的、倫理的見解は承認されるべきであるが、それは通常、生命維持治療を望むか拒否するかについての患者及びその家族の権利に従属するものである。

(C) 主治医が、栄養・水分の人工投与を含む医療措置の中断に反対であり、またそれは道徳的に不当であると考えた場合には、通常の状態であるならば、その医師はその良心に反して、それを強制されるべきではない。その場合には、関係者による話し合いや倫理委員会に付託するなどにより、それ

を調停する試みがなされなければならない。

もし見解の一致を見ず、調停することができない相違があると思われる場合には、医療従事者は、治療を中止すると思われる他の医師のもとに患者が転送されることが出来る旨を、家族に告知する義務を負う。

(D) 調停が出来ない見解の相違がある場合に、助言を提起するため、例えば医療倫理委員会のような部内の相談機関を設けることを、当学会は医療従事者に対して推奨する。一九八五年五月に当学会は、教育と政策決定の機能を果たすための、多くの部門の人達から成る倫理委員会の自発的設置、ならびに医療施設の中で生じる倫理問題に対処するための諮問機関の設置を、公式に承認した。

Ⅳ、患者の予後がどうなるか分からない場合において、栄養・水分の人工投与を始めることはよき医療であるが、患者の状態がもう見込みがなくなったときには、その措置の中止が是認される。

(A) 医学上の高度の確実性をもって持続性植物状態を診断するためには、ある一定の時間を必要とする。患者の完全な意識喪失の状態が長期間―通常一ないし三か月―続いてはじめて、状態が永続的であると言うことができる。そしてその

初期の段階では、生命維持のための積極的な医療を行うことが適切である。

患者が意識を取り戻さないことが専門医には明らかとなった後にも、家族が患者の予後を受け入れることが出来るようになるまでは一定の時間を取るべきである。患者の状態が変わらないことを受け入れるための十分な時間を取れば、家族は、それまで行われていた生命維持措置はすべて中止されることへの心の準備をすることが出来るであろう。

(B) 医療措置の差し控え (withholding) と中断 (withdrawing) との間には、重要な医学的もしくは倫理的な相違があるという見解は、常識とよき医療実務に反するものであり、また一般の医学的、倫理的ならびに法的原則にも合わないものである。

(C) 意識喪失患者に対する観察と治療に適切なテスト期間をもうけることが重要であることを認めた上で、人工栄養の継続について家族が先に同意をした後でも、その同意を撤回する権能が家族に保持されるべきである。ただし、患者の状態が、主治医によって絶望であると断定され、家族もまたそれを十分に認めるようになるまでは、治療の継続に対する家族の同意が求められるべきである。